**DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA BENEFICJENTA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE BENEFICJENTA | NAZWISKO |  | | | IMIĘ (IMIONA) |  | | |
| DATA URODZENIA |  | | | PESEL |  | | |
| Stopień niepełnosprawności  *(proszę zaznaczyć)* | * do lat 16 * LEKKI | * Umiarkowany * Znaczny | | Rodzaj/nazwa  niepełnosprawności  *(proszę zaznaczyć)* | * autyzm * narząd słuchu * narząd wzroku * narząd ruchu | | * upośledzenie umysłowe * choroby psychiczne |
| DANE KONTAKTOWE RODZICA /OPIEKUNA | ULICA  NR DOMU/LOKALU |  | | |
| KOD POCZTOWY |  | | | MIEJSCOWOŚĆ |  | | |
| POWIAT |  | | | WOJEWÓDZTWO |  | | |
| TEL. KOMÓRKOWY |  | | | E-MAIL |  | | |
| PLACÓWKA OŚWIATOWA | | * PRZEDSZKOLE | | * Szkoła podstawowa | | | * Szkoła ponadpodstawowa | |
| NAZWA szkoły/przedszkola | |  | | | | | | |

**PROJEKT OBEJMUJE:**

Zajęcia wspierające ukierunkowane na:

1. rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych;
2. wdrażanie do podejmowania samodzielnych wyborów;
3. podnoszenie poziomu samoakceptacji, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych;
4. pobudzanie wszechstronnego rozwoju zwłaszcza w sferze poznawczej i osobowościowej;
5. zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych.

**REALIZOWANE FORMY WSPARCIA:**

1. Integracja sensoryczna
2. Trening koncentracji i uwagi
3. Terapia zaburzeń mowy i komunikacji
4. Terapia kreatywnego ruchu
5. Trening uwagi słuchowej

Deklaruję udział mojego dziecka/podopiecznego w charakterze beneficjenta projektu współfinansowanego ze środków PFRON **„Krok w krok - działanie ukryte w zmysłach.** **EDYCJA II” - I okres finansowania**.

……………………………………………..…………….

*podpis rodzica/opiekuna prawneg*